



## Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

21-1 | 2019  
Adéquation

---

### L'utilité de la formation dans la prévention des risques psychosociaux au travail prévention des risques psychosociaux, santé au travail, formation, ressources psychosociales

Les effets d'une formation aux RPS sur le développement des ressources psychosociales

*The Usefulness of Training in Psycho-Social Risk Prevention. The Effects of PSR Training on the Development of Psycho-Social Resources*  
*The Usefulness of Training in Psycho-Social Risk Prevention. The Effects of PSR Training on the Development of Psycho-Social Resources*

Sabrina Rouat

---



#### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/6217>

DOI : 10.4000/pistes.6217

ISSN : 1481-9384

#### Éditeur

Les Amis de PISTES

#### Référence électronique

Sabrina Rouat, « L'utilité de la formation dans la prévention des risques psychosociaux au travail  
prévention des risques psychosociaux, santé au travail, formation, ressources psychosociales », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 21-1 | 2019, mis en ligne le 11 février 2019, consulté le 05 septembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/6217> ; DOI : 10.4000/pistes.6217

---

Ce document a été généré automatiquement le 5 septembre 2019.



*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# L'utilité de la formation dans la prévention des risques psychosociaux au travail prévention des risques psychosociaux, santé au travail, formation, ressources psychosociales

Les effets d'une formation aux RPS sur le développement des ressources psychosociales

*The Usefulness of Training in Psycho-Social Risk Prevention. The Effects of PSR Training on the Development of Psycho-Social Resources*  
*The Usefulness of Training in Psycho-Social Risk Prevention. The Effects of PSR Training on the Development of Psycho-Social Resources*

Sabrina Rouat

---

## Introduction

- <sup>1</sup> Les interventions dans le champ de la santé au travail se multiplient dans les organisations. L'intervention en matière de prévention des RPS constitue une clef d'entrée privilégiée, même si l'on voit apparaître plus récemment des démarches qualifiées de promotion de la qualité de vie au travail (QVT). À partir d'une expérience riche d'interventions, nous nous intéressons à leur impact sur l'action en santé au travail<sup>1</sup>. Nous nous sommes concentrée ici sur la capacité d'une action de formation à la prévention des RPS à faciliter, chez les acteurs de la santé au travail (généralement ceux impliqués dans les démarches d'intervention : direction, direction des ressources humaines, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT],

préventeurs, représentants du personnel, médecins du travail, managers), la production collective de ressources psychosociales pour l'activité dans la mise en œuvre de leur projet de prévention. La formation est-elle un levier pour développer les ressources psychosociales dans les situations de travail ? Après une formation, les acteurs impliqués dans une démarche de prévention définiront-ils plus « naturellement » des préconisations qui favorisent ces ressources dans leurs prises de décision ? Nous avons évalué pour cela plusieurs plans d'action, lesquels définissent des préconisations à la suite d'un diagnostic des RPS. Ces plans d'action sont construits dans le contexte d'une démarche de prévention primaire. Nous avons réalisé cette évaluation des plans d'action afin de comprendre de quelle manière les préconisations élaborées par ces acteurs organisationnels se trouvaient influencées par une action de formation aux RPS, réalisée en amont de la démarche de prévention primaire. Nous avons plus précisément porté notre analyse sur son influence à développer des ressources psychosociales.

- 2 Cet article présente, pour commencer, un résumé de la littérature scientifique sur la méthodologie d'intervention dominante en matière de prévention primaire axée sur les RPS, pour ensuite s'ancrer davantage dans la fonction des ressources en santé au travail et les modalités d'action qui peuvent soutenir leur émergence. Sur ce second point, nous nous appuyons sur les réflexions développées par la clinique de l'activité. Ces éléments théoriques nous permettront ensuite de poser la question de la réelle capacité d'une action de formation sur les RPS à développer des ressources psychosociales dans l'établissement d'un plan d'action déterminant des axes de changement.

## 1. Éléments de problématisation : l'efficacité des formations aux RPS

### 1.1. Le champ de la prévention des RPS

- 3 Les RPS constituent une partie des risques professionnels susceptibles de porter atteinte à la santé mentale des salariés. La définition de la prévention des problèmes de santé mentale au travail repose majoritairement sur le modèle d'analyse du stress professionnel. Elle se décline en trois niveaux d'intervention : primaire (causes), secondaire (processus) et tertiaire (conséquences). Issu de l'approche épidémiologique, ce modèle a voulu être opérant pour l'intervention, car il tend à organiser l'action de prévention en lui donnant une portée stratégique dans l'organisation : identifier les facteurs pathogènes dans les situations de travail puis les éliminer, les réduire et les éviter ; améliorer la gestion individuelle et collective des exigences du travail et des stratégies d'adaptation ; et accompagner la réhabilitation de l'individu souffrant, en favorisant le retour au travail et assurer le suivi de sa situation (Cooper et Cartwright, 1997 ; Murphy, 1988 ; Vézina, Bourbonnais, Brisson, et Trudel, 2006).
- 4 Plusieurs modèles ont été depuis diffusés dans les pratiques d'intervention. L'une des principales approches de gestion des risques est d'ailleurs donnée par le Health & Safety Executive (HSE)<sup>2</sup>. Elle identifie différentes étapes nécessaires dans l'intervention : identifier les risques ; identifier qui est affecté et comment ; développer un plan d'action ; passer à l'action ; évaluer les actions et les diffuser (Brun, Biron et Ivers, 2007). Il s'agit donc d'une stratégie modélisée et articulée autour de trois axes. Cooper, Linkkonen et Cartwright (1996) soulignent d'ailleurs qu'une politique organisationnelle exhaustive et efficace du stress doit intégrer ces trois dimensions.

## 1.2. Prévention et transformation ?

- 5 Parmi les divers niveaux d'intervention en matière de prévention des RPS, les chercheurs s'entendent pour dire que la prévention primaire est la plus efficace (Anderzen et Arnetz, 2005 ; Bond et Bunce, 2001 ; Bourbonnais et coll., 2006 ; Brun, Biron et Ivers, 2007 ; Dahl-Jorgensen et Saksvik, 2005 ; Eklof et Hagberg, 2006 ; Giga et coll., 2003 ; Gilbert-Ouimet et coll., 2011 ; Hansez et de Keyser, 2007 ; Kelloway et Barling, 2010 ; Kompier et Cooper, 1999 ; Kompier et Kristensen, 2005 ; Leka et Cox, 2008 ; Logan et Ganster, 2005 ; Nielsen, 2002 ; Ryan et coll., 2005 ; Semmer, 2011 ; St-Arnaud et coll., 2010 ; Stavroula et Cox, 2008). Elle repose donc sur la construction de stratégies collectives visant à connaître le risque et modifier l'organisation du travail (Vézina et coll., 2006). À l'inverse, les interventions centrées sur les individus n'ont généralement pas d'impact sur la satisfaction au travail et la performance de l'organisation. Leur principal effet se ressent dans la diminution à court terme des manifestations psychologiques et physiologiques du stress (Brun et coll., 2007 ; Murphy et Sauter, 2003).
- 6 Il convient de nuancer toutefois ces constats. En effet, van der Klink et coll. (2001) et Bergerman, Corabian et Harstall (2009) observent un manque d'efficacité des interventions organisationnelles sur la perception du travail et de la santé.
- 7 De plus, pour garantir la réussite d'une intervention de prévention primaire, une formation sur les RPS est très souvent proposée aux acteurs qui collaboreront à ce travail. Il est donc important de considérer pleinement ce qu'elle est susceptible de construire pour l'action future de ces acteurs.

## 1.3 Types et visées des formations sur la prévention des RPS

### 1.3.1 L'utilité de la formation pour prévenir les RPS : que sait-on ?

- 8 La réalisation d'une formation semble être une des conditions de réussite d'une démarche de prévention. Elle constitue d'ailleurs une des principales recommandations des institutions (BIT<sup>3</sup>, CCHST<sup>4</sup>, CEE<sup>5</sup>, HSE, INRS<sup>6</sup>, PSMT<sup>7</sup>), et est présente dans les divers protocoles et accords relatifs à la prévention des RPS. Elle participerait à l'amélioration continue en matière de prévention (Roy, Bergeron et Fortier, 2004). Elle est une action répandue, notamment en amont de la démarche de prévention, car
 

« la formation vise essentiellement la prise de conscience des membres quant à l'importance de la prévention primaire, de manière à éviter que les interventions ultérieures ne soient uniquement centrées sur la prévention secondaire et tertiaire. Elle permet également de développer un langage commun au sein du comité de pilotage » (Brunet coll., p. 16).
- 9 Pourtant, nous ne trouvons pas d'article dans la littérature qui recense les pratiques de formation en prévention des RPS ni qui évalue leur impact. Ce qui s'avère d'une grande contradiction dans la mesure où la formation est souvent utilisée comme condition méthodologique clef, et une bonne pratique.
- 10 Biron et coll. (2016) ont étudié les conditions qui facilitent l'appropriation par les gestionnaires de démarches préventives dans le domaine de la santé psychologique au travail. Les gestionnaires soulignent notamment que ce qui pourrait les aider à adopter des pratiques de gestion qui favorisent la santé sont principalement la formation et le *coaching*. Mais les auteurs ne détaillent pas davantage ce qui constitue ce besoin et la

portée de la formation en question. Les chercheurs ont également mis en place des séances d'information sur les outils de gestion des RPS à un échantillon de gestionnaires dans l'objectif de dresser des « opportunités d'intervention ». À la suite de la séance d'information, 63 % des gestionnaires adoptent une nouvelle pratique (le plus souvent en lien avec la communication, la formation et la reconnaissance) ; toutefois, les chercheurs n'observent pas de véritable changement dans leurs pratiques habituelles de gestion favorisant la santé.

### 1.3.2. Les pratiques de formations sur les RPS

- 11 La formation, qui relève régulièrement d'une étape préliminaire dans l'intervention primaire, prend des formes différentes et peut s'apparenter à ce qu'on appelle une « sensibilisation » aux RPS. Cette formation réunit généralement l'ensemble des acteurs qui constituent le comité de pilotage de l'intervention. Biron et coll. (2016) ont également recensé les formations mises en place dans les organisations interrogées et ont principalement relevé des formations à la reconnaissance, au harcèlement, à la civilité au travail, au leadership mobilisateur, aux habitudes de vie, au programme d'aide aux employés (PAE, soit des programmes de prévention tertiaires). Cette recherche fait ressortir que les activités liées à la formation, comme celles liées à la reconnaissance et à la communication, sont les plus fréquemment rapportées, ce qui peut s'expliquer parce qu'elles sont plus concrètes et plus faciles à implanter que les activités en lien avec l'organisation et les conditions de travail ou encore avec la gestion des équipes.
- 12 Par ailleurs, les référentiels de formation qui portent sur la prévention des RPS, éclairant les acteurs organisationnels sur les bonnes pratiques et formulant des recommandations pour guider leur action, ont pour objectifs principaux d'informer sur les RPS et d'organiser la prévention. Ils s'appuient sur les travaux experts de référence, tels que les guides de l'INRS, les travaux de l'ANACT et ARACT (Agence nationale/régionale pour l'amélioration des conditions de travail), le rapport Lachmann, etc.) et visent une approche concrète, transposable aux situations concrètes des participants. Par exemple, la formation à destination des acteurs de la santé au travail issus de la fonction publique a comme objectif général de 1) construire et animer un collectif de travail dédié à la prévention et au traitement des RPS ; 2) concevoir et conduire un plan de prévention des RPS (de la conception à la mise en œuvre et l'évaluation des mesures) ; 3) identifier et prendre en main les outils « labellisés » de diagnostic ; 4) construire le diagnostic, le plan et son suivi (DGAFP, 2014). De même, le dispositif de formation « s'initier à la prévention des RPS » de l'INRS (2013), qui place la formation comme « un moyen fort, prioritaire, de sensibilisation et de diffusion de la prévention », est pensé comme un outil intégré à la démarche de prévention, c'est-à-dire qu'on présume qu'elle vient soutenir le travail d'élaboration des acteurs sur le changement organisationnel : « La formation vise à initier tous les acteurs de l'entreprise à la prévention des RPS en leur transmettant une base de références communes » (p. 3-6). Du point de vue de l'organisation générale de la formation, celle-ci est assurée par des formateurs en initiation à la prévention des RPS certifiés par les formateurs institutionnels de l'Assurance maladie risques professionnels/INRS. Le référentiel de compétences de cette formation comprend deux domaines : 1) établir le lien entre une exposition aux RPS et des données formelles (document unique, prédiagnostic, diagnostic, plainte...) et informelles (échanges verbaux sur les situations de travail) afférentes : il est attendu ici que le stagiaire soit capable de lister les catégories de RPS par les caractéristiques de leurs effets ; de connaître les facteurs présents dans la

situation de travail reconnus scientifiquement comme cause de RPS ; d'identifier les RPS comme un risque psychosocial ; 2) reconnaître une démarche de prévention agissant sur les facteurs de RPS : ici le participant doit être apte à repérer les actions de prévention primaire et les différencier des autres types d'actions de prévention des RPS. Enfin, l'INRS souligne dans son dispositif que la condition de réussite de la formation est que celle-ci soit intégrée dans le projet de prévention des risques professionnels de l'entreprise.

- 13 Ainsi, dans les différents guides et recommandations consultés, nous retrouvons l'idée forte qu'il faut préparer, par l'apport de connaissances diverses, les acteurs pour qu'ils puissent construire leur action sur la santé au travail. Mais ces actions, qui occupent de plus en plus les acteurs organisationnels, influencées d'ailleurs par des évolutions réglementaires, ne les conduisent pourtant pas moins à faire appel à des consultants lors de situations de crise (Combalbert, Favard et Bardouil-Lemaire, 2008, p. S132). On est donc en mesure de se questionner sur l'efficacité de ces actions et leur capacité à outiller les acteurs dans l'organisation.
- 14 Alors qu'on pourrait présumer des intérêts d'une formation des acteurs dans l'objectif de prévenir les RPS, on arrive finalement à questionner leur potentialité à modifier les compétences vers la prévention et à transformer les situations de travail (Clot, 2010 ; Journoud et Pezé, 2012 ; Sarnin, Caroly et Douillet, 2011). On peut donc émettre l'hypothèse qu'elle ne favorise pas l'émergence chez les acteurs de décisions visant à modifier l'organisation du travail et à renforcer les ressources psychosociales des individus et des collectifs de travail.

## 1.4 Santé au travail et ressources psychosociales

- 15 Après la phase de diagnostic des RPS, les acteurs sont généralement réunis pour définir ensemble un plan d'action dans lequel sont répertoriées des mesures diverses pour résoudre des problèmes identifiés dans le cadre du travail et des propositions d'actions. La formation est généralement une étape préliminaire à cette démarche de niveau primaire. Comme nous l'avons détaillé plus haut, de nombreux auteurs soulignent l'efficacité des démarches de prévention des RPS qui semblent opérantes pour modifier les situations de travail à risque pour la santé. Pourtant, d'autres réflexions alimentent de façon critique ces méthodes d'intervention.
- 16 En effet, ces types d'interventions connaissent de nombreux obstacles, notamment en matière d'efficacité et de durabilité des processus mis au travail : coopération des acteurs organisationnels sur un objet encore polémique ; développement du débat sur le travail qui ne parvient pas à s'institutionnaliser ; des interventions qui ne parviennent pas à s'inscrire dans la durée ; persistance des processus d'individualisation des difficultés ; centration sur le trouble (Clot, 2010 ; Courtemanche et Bélanger, 2000 ; Hansez et coll., 2009 ; Hepburn et Brown, 2001 ; Lorient, Boussard et Caroly, 2006 ; Vézina, 2007 ; Rouat et coll., 2017).
- 17 Ces réflexions sont portées principalement par la clinique de l'activité qui souligne que ces types d'interventions facilitent la diffusion de pratiques hygiénistes qui éloignent l'organisation d'un débat sur le travail réel et entravent le développement des ressources psychosociales (Clot, 2010). En clinique de l'activité, l'action vise à développer l'activité des individus et des collectifs par la mise en œuvre d'un dispositif méthodologique destiné à devenir un instrument pour l'action des collectifs de travail eux-mêmes. La visée de l'intervention est donc le développement de la santé par l'activité (Litim, Zittoun

et Briec, 2012). Le travail n'est pas pris comme un objet duquel il faudrait extraire des caractéristiques toxiques pour l'individu, mais il est pris comme un objet pour penser, auquel il faut s'attaquer pour assurer la qualité du travail. Ce dispositif place les individus dans une zone de développement de nouvelles ressources psychosociales. En cela, nous nous situons non dans la prévention ou la gestion des risques mais dans le développement des ressources psychosociales. Dans l'approche de la clinique de l'activité, la formation n'est pas une clef pour intervenir efficacement. Elle cherche justement à construire une alternative ou un contre-modèle à celui qui est aujourd'hui dominant : le modèle qui soutient que la connaissance précède l'action (notamment par la formation, le recours aux diagnostics des RPS) et qui cherche plus à soigner l'individu qu'à soigner le travail.

#### **a. Les ressources psychosociales du métier**

- 18 Nous faisons référence ici aux ressources psychosociales du métier, lesquelles se regroupent dans quatre dimensions (Clot, 2008) :
  - La dimension impersonnelle du métier : elle correspond à la tâche, c'est-à-dire aux ressources de la prescription de l'organisation du travail (la fonction, les objectifs prescrits) ;
  - La dimension interpersonnelle du métier : désigne les échanges entre les collègues et regroupe les diverses interactions sociales qui se construisent dans les relations de travail pour permettre l'adaptation au réel des situations de travail (soutien, coopération, activité collective, reconnaissance du travail) ;
  - La dimension transpersonnelle du métier : correspond au genre professionnel, aux valeurs, normes et règles de métier construites collectivement dans l'expérience passée et présente ;
  - La dimension personnelle du métier : fait référence à l'expérience de la personne et sa manière propre de réaliser son activité, son style individuel.
- 19 Cette architecture du métier constitue un modèle intégrateur des ressources psychosociales. Elle définit les ressources liées au métier et propose deux axes de développement : les dimensions impersonnelle et interpersonnelle du métier développent l'activité ; les dimensions personnelle et transpersonnelle développent les individus et les collectifs de travail.
- 20 Dans cette perspective, le métier est donc tout à la fois personnel, interpersonnel, impersonnel et transpersonnel (*ibid.*). Les salariés, pour réaliser efficacement leur travail, sont amenés nécessairement à s'organiser et à cultiver les ressources psychologiques et sociales de leur métier comme instrument de travail (Clot, 2010). Pour que le métier assure une fonction psychologique favorable à la santé au travail, il doit être entretenu par un conflit créatif entre les manières de définir les tâches et les fonctions (dimension *impersonnelle*), les échanges interpersonnels et intrapersonnels résultant de la confrontation au réel (dimension *interpersonnelle*) et l'histoire des manières de travailler héritées du passé et prêtes à être renouvelées (dimension *transpersonnelle*). C'est là que seront fabriquées les ressources psychosociales du travail.
- 21 En effet, la tâche ou la prescription résulte des compromis passés entre les concepteurs et l'encadrement, entre des activités de gestion et de conception, et à partir de représentations que ces acteurs se font du travail réel (Daniellou, 1996). Elle fixe les attendus de l'organisation du travail. Celle-ci est la base sur laquelle se construisent les régulations collectives pour faire face à la réalité du travail et permettre que les aides, soutiens, coopérations s'organisent (Caroly, 2002). Ainsi, le métier se fait toujours pour et avec les autres, qu'ils soient ou non présents (Miossec et Clot, 2011). Il peut être alors



l'occasion de développer des ressources interpersonnelles comme l'expression de la reconnaissance qui relève de la délibération collective sur le travail (Molinier, 2006) ; du soutien social et du « travail collectif pour accomplir la tâche et la repenser ensemble dans l'activité conjointe » (Clot, 2008, p. 258) ; et les marges de manœuvre collectives qui se prennent même s'« il n'est pas dit ce qu'il faut faire, ni comment le faire » façonnant les règles de travail et de métier (Caroly, 2002, p. 6). Le genre professionnel est alors un réservoir de ressources psychosociales pour travailler, car il témoigne de la

« mémoire collective des manières d'agir, de dire, de penser et de ressentir qui lient entre eux ceux qui font le même métier » (Miossec et Clot, 2011, p. 203).

- 22 Il se base sur des évaluations communes présupposées et comprend l'ensemble des actes convenus dans un milieu social qui guide l'activité individuelle et constitue dans le même temps des normes qui la prescrivent. Il se confronte et s'articule avec la prescription des tâches. Enfin, parce que chacun construit aussi ses propres manières de travailler et d'interagir avec son milieu (*ibid.*), par l'intervention d'un style individuel, il développe les genres professionnels qui ne sont pas amorphes. L'individu a un pouvoir d'action sur son milieu, sur sa tâche et son collectif (Clot et coll., 2000).

### **b. Ressources psychosociales et intervention**

- 23 Ainsi, les ressources psychosociales construisent la dynamique du métier dans lequel s'organisent les interactions entre les dimensions du métier. Dans cette perspective, l'intervention cherche à travailler avec les acteurs en charge des questions de santé au travail non pas pour qu'ils définissent des axes de préconisation rapatriés de programmes RH permettant ou promettant une juste adéquation entre performance et santé, mais bien pour qu'ils saisissent l'indispensable travail d'organisation que réalisent les salariés pour réussir à travailler correctement et expérimentent d'autres façons d'interagir avec les collectifs de travail : en cherchant à instaurer les conditions de construction de ces ressources psychosociales.
- 24 Ainsi, dans le travail d'analyse des plans d'action de RPS, nous entendrons donc ici par conditions de développement des ressources l'ensemble des actions favorables aux interactions sociales et au déploiement de l'activité et du pouvoir d'agir (soutien, marges de manœuvre, régulations collectives, coopération, situations de confrontation sur le travail, activité collective) ; l'ensemble des actions qui offre la possibilité à ceux qui travaillent d'enrichir la conflictualité sur la qualité du travail et la capacité à élaborer des règles de travail nouvelles ; l'ensemble des actions qui cherche à impulser ou même à instituer des débats sur le travail et sur les différentes manières de le réaliser. Nous porterons davantage notre regard sur les actions qui font référence à la dimension collective dans la détermination de préconisations d'un plan d'action de prévention des RPS. Et nous poserons la question suivante : la formation permet-elle d'augmenter l'importance attribuée, par les acteurs de la santé au travail, aux ressources psychosociales dans l'élaboration d'un plan d'action ?<sup>8</sup>



## 2. Méthode

### 2.1 Analyse de contenus de plans d'action de prévention des RPS

#### 2.1.1 Procédure de sélection des entreprises

- 25 Les plans d'action retenus pour cette recherche sont issus d'interventions primaires conduites dans des entreprises entre 2010 et 2013 par différents intervenants employés d'un cabinet spécialisé dans la prévention des RPS. Pour des raisons de confidentialité, nous taïrons le nom du cabinet en question. Nous avons souhaité répartir ces plans d'action selon : la situation de formation (formation en amont de l'intervention primaire vs absence de formation) ; une répartition équilibrée du type de secteur (public vs privé) ; et une répartition suffisamment équilibrée relative au contexte d'urgence de la demande d'intervention (situation dégradée vs situation non dégradée).
- 26 Nous avons réalisé pour cette recherche une analyse quantitative et qualitative de 14 plans d'action, soit 14 terrains d'entreprises. Parmi ces plans d'action étudiés, 10 ont été construits dans le cadre de démarches de prévention primaire qui ont été réalisées après une formation aux RPS. L'introduction d'une formation résulte de la négociation avec la direction en amont de l'intervention. Ces plans d'action sont le fruit d'un travail collectif d'élaboration au sein d'un comité de pilotage animé par un binôme d'intervenants du cabinet de consultants. Chaque plan d'action est précédé d'un diagnostic construit auprès des salariés. L'action de formation, lorsqu'elle a eu lieu, est réalisée après l'analyse de la demande et avant la phase de diagnostic, donc comme une étape préliminaire à l'intervention primaire. Les terrains ont été diversifiés pour cette recherche : huit plans d'action ont été accompagnés au sein d'entreprises issues du secteur public et de collectivités territoriales ; et six au sein d'entreprises privées :
- 27 Secteur public :
- Une Direction départementale de protection des populations (DDPP) : intervention réalisée à partir de la demande de la direction qui souhaitait s'engager dans une démarche préventive structurée et collégiale permettant d'établir un diagnostic des tensions vécues aujourd'hui dans le travail, pour construire ensuite un plan d'action correctif.
  - Une Direction départementale des territoires (DDTa) : la direction avait entrepris une réflexion sur la démarche de prévention lors de débats internes en CHSCT et cherchait à se mettre en conformité réglementaire et répondre aux demandes des élus.
  - Une autre Direction départementale des territoires (DDTb) : intervention réalisée pour donner suite à la volonté de la direction d'engager une démarche de prévention des RPS afin de sensibiliser les acteurs, de renforcer les ressources internes disponibles dans la prévention et les possibilités de traitement des situations individuelles et collectives.
  - Un Centre d'études d'une direction générale d'état : des échanges en CHSCT sur la problématique des souffrances au travail conduisant à la sollicitation d'une intervention par les instances représentatives du personnel et un projet de restructuration étaient à l'origine de la demande.
  - Un centre issu d'un EPIC (entreprise publique chargée de la gestion d'une activité de service public industriel et commercial) : intervention réalisée dans une situation problématique de tensions relationnelles (plaintes sur l'attitude du responsable d'équipe, enquête CHSCT et mise en demeure de l'inspection du travail pour une analyse sur l'organisation du travail et un plan d'action adapté).

- Un Musée d'Art moderne d'une collectivité territoriale : l'intervention concernait l'équipe des médiateurs culturels de 15 agents. Le contexte d'intervention était marqué par différentes formes d'expression de plaintes et de souffrances en lien avec les conditions de travail et un relationnel dégradé entre les agents et leur responsable direct.
- Un Conseil général : intervention mise en place à partir de la volonté de la direction de se mettre en conformité réglementaire et d'aboutir à un travail commencé depuis plusieurs mois.
- Une équipe d'un autre Conseil général : intervention réalisée dans un climat fortement dégradé et qui se manifestait par des tensions entre les agents et la hiérarchie. L'objectif de l'intervention devait comporter la réalisation d'un diagnostic et d'un plan d'action permettant le dépassement des tensions.

## 28 Secteur privé :

- Un hypermarché : intervention réalisée dans un contexte difficile de rachat et de tensions dans les relations de travail et entre élus et direction (absences injustifiées, des droits de retrait, enquêtes de CHSCT, etc.). L'objectif de l'intervention devait permettre de partager un diagnostic et de définir de façon participative des préconisations d'amélioration.
- Un entrepôt d'une grande distribution : intervention à partir de la demande de la direction par rapport à un contexte difficile qui faisait référence à des tensions fortes et persistantes dans les relations de travail, notamment entre collaborateurs et responsables hiérarchiques (grèves successives, écrits relatifs à des vécus de harcèlement au travail). L'intervention devait permettre de partager une analyse et d'apporter des réponses réalistes et pertinentes.
- Une entreprise textile : l'intervention entreprise par la volonté de la direction de se mettre en conformité avec les contraintes légales relatives à la prévention. La direction dans la formulation de sa demande évoquait également un climat de tension : un accident du travail avait été constaté après une altercation entre un imprimeur et un chef d'équipe.
- Une entreprise appartenant à un groupe industriel de la chimie : intervention auprès d'une équipe de 14 personnes dans une entreprise qui en comptait 140. L'origine de la demande était une situation problématique identifiée par l'activité de la cellule d'écoute du site. La responsable d'équipe était en arrêt maladie depuis plusieurs mois. Son arrêt avait permis également d'ouvrir le débat autour du travail dans ce collectif.
- Un centre appartenant à un journal régional : l'intervention s'est conduite dans un contexte de tension. L'entreprise était membre récent d'un groupe et connaissait, à l'image des évolutions qui traversent ce secteur professionnel, d'importantes transformations depuis quelques années qui s'accompagnaient d'un sentiment de perte d'autonomie, de difficultés nouvelles et de tensions assez vives qui inquiétaient le CHSCT.
- Une entreprise dans le développement de services informatiques : intervention conduite à la suite d'un incident lié à une altercation entre salariés, entraînant l'hospitalisation d'un salarié (en arrêt de travail) et des sanctions. L'émotion suscitée par cette crise a conduit à une demande de réflexion plus globale sur la prévention des RPS.

## 29 Voici sous forme de tableau comment notre échantillon se distribue sur les critères relatifs à la situation de formation et au contexte d'émergence de la demande :

Tableau 1. Répartition des terrains selon la situation de formation

Situation de formation	Secteur public	Secteur Privé

Formation	DDPP (= 110); DDTa (n = 200); DDTb (n = 150); Centre d'études (n = 290); EPIC (n = 22)	Hypermarché (n = 110); Entreprise services informatiques (n = 60); Entreprise textile (n = 115); Entrepôt grande distribution (n = 250); Une entreprise de la chimie (n = 14)
Non-formation	CG22 (n = 2410); Musée d'Art moderne (n = 15); Équipe d'un CG (n = 21)	Journal (n = 100)

Tableau 2. Répartition des terrains selon le contexte d'émergence de la demande

Contexte d'émergence de la demande	Secteur public	Secteur Privé
Situation dégradée	EPIC (n = 22); Musée d'Art moderne (n = 15); Équipe d'un CG (n = 21)	Hypermarché (n = 110); Entreprise services informatiques (n = 60); Entreprise textile (n = 115); Entrepôt grande distribution (n = 250); Une entreprise de la chimie (n = 14); Journal (n = 100)
Situation non dégradée	CG22 (n = 2410); Centre d'Études (n = 290); DDPP (= 110); DDTa (n = 200); DDTb (n = 150)	

- 30 Dans la mesure où nous voulons comparer les entreprises selon qu'il y ait eu ou pas une formation, nous avons également veillé à choisir des interventions qui ont pris appui sur un même modèle d'intervention (cf. plus bas). Chaque intervention était conduite par un binôme d'intervenants qui ont respecté les mêmes étapes dans leur démarche de prévention primaire et ont eu recours à une approche qualitative par entretiens semi-directifs dans la phase d'évaluation des situations de travail (diagnostic RPS). De même, la formation a pris appui sur un support partagé par l'ensemble des binômes et ont cherché à satisfaire les mêmes objectifs de formation (cf. plus bas).

### 2.1.2 Méthode d'analyse des plans d'action

- 31 Nous avons effectué, dans un premier temps, une analyse transversale des plans d'action, c'est-à-dire que nous avons fait un travail de catégorisation des préconisations sur l'ensemble des plans d'action. Ce travail de traitement a consisté à extraire de chaque plan d'action des thèmes relatifs aux préconisations formulées par les acteurs (impliqués dans le comité de pilotage ou groupe de travail dans la démarche de prévention primaire) et à les lister. Puis, dans un autre temps, à procéder à des regroupements thématiques afin de nommer des catégories de préconisations (catégorisation des préconisations). Enfin, dans un troisième temps, nous avons extrait plus particulièrement les catégories en lien avec des actions qui visent le développement des ressources psychosociales (à partir de la grille des ressources psychosociales du métier), c'est-à-dire les actions qui ciblaient les membres d'une même équipe de travail (en réunissant par exemple certaines formations sur le travail, des temps de discussion sur le travail, échanges de pratiques, amélioration de la coopération, soutien, etc.). À partir de ce matériau, nous avons ensuite

étudié l'effet de la variable qui nous intéressait : formation *versus* absence de formation en amont de la démarche de prévention primaire. Pour cela, nous avons réalisé une analyse statistique descriptive afin de décrire l'importance que prenait chacune des catégories de préconisation et leur distribution, notamment sur les ressources collectives, selon que les plans d'action aient été précédés d'une formation ou pas.

## 2.2 Description des démarches d'intervention

- 32 Les interventions auxquelles nous nous intéresserons sont de type primaire. Il s'agit donc de développer un processus d'intervention permettant la mise en place de changements. Chacune des interventions primaires conduites dans ces organisations (qu'il y ait eu ou pas une formation aux RPS en amont) déployait une démarche suivant un modèle qui s'inspire du schéma d'intervention proposé par l'ergonomie (Guérin et coll., 2001) qui décrit les étapes clefs d'une intervention (de l'analyse de la demande, formulation d'une proposition d'intervention et mise en place de structures de pilotage et de groupes de travail, réalisation de l'évaluation et définition de solutions) permettant la participation de l'ensemble des acteurs dans l'analyse, la production de connaissances et la conception d'actions de changement.
- 33 Le modèle d'intervention s'inspire également de l'approche axée sur le processus (Harvey et coll., 2006) qui vise le changement organisationnel et donne une place centrale à l'expertise des acteurs organisationnels dans la mise en œuvre de l'intervention. En ce sens, l'intervention cherche à alimenter une dynamique psychosociale.

## 2.3 Description des formations RPS

### 2.3.1 Objectifs et modalités d'animation

- 34 Ces formations préalables à la démarche de prévention primaire poursuivent deux principaux objectifs (tels que défini par l'intervenant mais qui sont en cohérence avec les actions de formation expliquées plus haut) : 1) clarifier le champ des RPS ; 2) situer les principales stratégies de prévention. De façon plus étayée, elles proposent aux participants de se réunir pour : construire un socle commun de langage et de représentations autour des risques psychosociaux au travail, de leurs conséquences et de leurs conditions d'émergence ; savoir distinguer les notions et concepts associés tels que le stress, l'épuisement professionnel, les violences au travail, dont le harcèlement ; comprendre et repérer les conséquences possibles des troubles psychosociaux sur les personnes et les collectifs de travail ; comprendre les mécanismes en jeu et les conditions d'émergence des difficultés au travail ; se situer dans les stratégies de prévention reconnues.
- 35 Ces formations réunissaient de façon paritaire les acteurs de la santé au travail de chaque terrain (membres du CHSCT, direction, ressources humaines, médecin du travail, préventeur) qui auront ensuite à participer à la démarche de prévention primaire. Elles durent généralement une journée et sont réalisées en animation simple. Elles alternent entre des apports de connaissances et des échanges entre participants. Un travail sur les représentations des RPS est animé en début de formation.

### 3. Résultats

#### 3.1 Catégorisation des préconisations des plans d'action

- 36 Tout d'abord, de manière générale, sur un total de 405 préconisations, pour l'ensemble des plans d'action examinés, nous avons pu extraire 12 catégories de préconisations :
- Organisation du travail (il s'agissait majoritairement de clarification des rôles et des fonctions) ;
  - Communication (information du personnel, support internet, rappels, diffusion de la stratégie d'entreprise, mises à jour, comptes rendus...) ;
  - Mesures managériales (majoritairement des formations pour les managers : gestion des conflits, gestion des RPS, gestion du stress) ;
  - Accompagnement du changement ;
  - Mesures de prévention des RPS (cellule de veille, comité du suivi) ;
  - Formation du personnel (aux nouveaux outils, gestion du stress, prévention des violences externes) ;
  - Collectif et régulations (dont des réunions de travail, des échanges de pratiques, des actions qui cherchent à développer la coopération, des modalités de soutien) ;
  - Environnement matériel ;
  - Gestion des ressources humaines (accompagnement des parcours professionnels) ;
  - Reconnaissance ;
  - Intégration des nouveaux arrivants (livrets d'accueil, tutorat) ;
  - Activité détente et convivialité.
- 37 Par ailleurs, le classement par rang des catégories de préconisation pour chacun des plans d'action montre que les catégories se retrouvant le plus fréquemment en rang 1 sont : Organisation du travail : 43 % (6 sur 14 plans d'action) ; Communication : 28,5 % (4 sur 14 plans d'action). D'autres catégories apparaissent dans quelques plans d'action en rang 1 mais de manière parcellaire : accompagnement au changement, mesures managériales...

#### 3.2 Catégorisation des préconisations en fonction de la situation de formation

- 38 Le tableau ci-dessous illustre la répartition globale des préconisations des plans d'action selon qu'il y ait eu ou pas une formation en amont de la démarche. On note ainsi une tendance plus forte à élaborer des préconisations en situation de non-formation et une tendance plus forte à élaborer des préconisations visant à modifier l'organisation du travail en situation de non-formation. Cette tendance est toutefois à nuancer compte tenu de l'échantillon.

Tableau 3. Description globale des préconisations des plans d'action selon la situation de formation

	Avec formation	Absence de formation	Total

Total préconisations	285	120	405
Moyenne des préconisations par plan d'action	28,5	30	29
Rang 1	Communication (30 % soit 3 sur 10) Organisation du travail (30 %)	Organisation du travail (75 % soit 3 sur 4)	Organisation du travail (43 %) Communication (28,5 %)

- 39 Les résultats montrent que les préconisations élaborées sur l'organisation se retrouvent davantage en situation de non-formation. Ils suggèrent, selon les types d'intervention en question, une approche différente des RPS. En l'absence de formation, l'approche mettrait l'accent sur l'intervention au niveau collectif alors que l'intervention par la formation mettrait l'accent sur l'individu.

### 3.3 Catégorisation des ressources psychosociales (échantillon global)

- 40 Sur les 405 préconisations, 96 concernent le développement de ressources psychosociales. Sur ces 96 préconisations, 26 portent sur des actions de formations-sensibilisations. Il s'agit principalement de formation à l'écoute active, à la reconnaissance, aux RPS, au management, à l'activité, à la gestion des conflits, à la gestion de l'agressivité du public. Il est intéressant de noter par ailleurs que ces actions de formations-sensibilisations sont majoritairement décidées dans les plans d'action avec formation (35 % des préconisations élaborées dans les plans d'action ayant été précédées d'une formation relèvent elles-mêmes de formations). Ensuite, sur ces 96 préconisations s'orientant vers les ressources, 23 s'intéressent aux échanges de pratiques ; 21 aux modalités de coopération-participation-soutien ; 16 aux réunions de travail, soit qui se voient modifiées pour intégrer davantage la parole des collaborateurs, soit l'ajout de réunions ; 5 aux modalités d'intégrations des nouveaux arrivants ; et 5 à la convivialité. Ainsi, 27 % des préconisations sur les ressources concernent les actions de formations-sensibilisations ; 24 % les échanges de pratiques ; 22 % la coopération-participation-soutien ; et 16 % les réunions de travail.
- 41 Le tableau ci-dessous illustre la répartition des préconisations sur les ressources collectives selon que les plans d'action aient été précédés d'une formation ou pas.
- 42 Tableau 4. Répartition des ressources psychosociales des plans d'action

	Avec formation	Absence de formation	Total
Total préconisations ressources collectives	63 22 %	33 27,5 %	96 23,7 %

Moyenne des préconisations sur les ressources collectives	6,3	8,25	6,8
---	-----	------	-----

- 43 Ces résultats suggèrent également que les préconisations élaborées sur les ressources psychosociales se retrouvent davantage en situation de non-formation. L'approche des RPS n'est donc pas la même selon les types d'interventions en question. En l'absence de formation, les acteurs mettent davantage l'accent sur le niveau collectif.
- 44 Pour finir, nous avons étudié plus précisément la manière dont les préconisations sur les ressources se distribuent selon qu'il y ait eu ou pas une formation précédant le diagnostic des RPS. Le tableau suivant montre cette distribution des ressources selon la variable étudiée ici.

Tableau 5. Répartitions des ressources psychosociales avec ou sans formation

	Avec formation	Absence de formation
Total des préconisations sur les ressources collectives	63	33
Formations-sensibilisations	35 %	12 %
Réunions	15,8 %	18 %
Coopération-participation	17 %	30 %
Échanges de pratiques	20 %	30 %
Intégration	6 %	3 %
Convivialité	4,76 %	6 %

- 45 Les résultats mettent en évidence que, parmi les six catégories de ressources psychosociales préconisées, il existe des résultats proches pour les catégories « Réunions », « Convivialité » et « Intégration » ; il existe des écarts plus importants pour les catégories « Formations-sensibilisations », « Échanges de pratiques » et « Participation-coopération » ; et enfin, les catégories semblant les plus pertinentes pour débattre du travail et favoriser l'expérience collective dans l'activité sont plus présentes en l'absence de formation.

## 4. Discussion

### 4.1 Le problème d'efficacité de la formation aux RPS

- 46 Les résultats de cette recherche ne nous permettent pas d'observer un impact efficace de la formation en tant que processus de transformation de l'action en santé au travail, du point de vue des ressources psychosociales. Autrement dit, il semble que les actions de



type formation aux RPS (qui cherche à donner de la connaissance pour prévenir) ne sont pas efficaces pour construire les ressources psychosociales favorables à la santé. De plus, elles ne semblent pas soutenir l'élaboration de préconisations sur l'organisation. En revanche, nous avons observé une plus grande tendance à l'utilisation des ressources psychosociales dans les démarches qui n'ont pas connu de formation en amont de la démarche de prévention primaire. Ce résultat peut paraître paradoxal, compte tenu des finalités des actions de prévention des RPS, mais également compte tenu de l'importance que prennent depuis plusieurs années les actions de formation aux RPS des acteurs de la santé, d'ailleurs recommandées par l'ensemble des cadres institutionnels. Nous ne voulons pas faire d'amalgame entre les différentes formations sur les RPS, mais souligner que lorsqu'elles visent à sensibiliser le public (en améliorant leur connaissance sur le stress, le burnout, les violences au travail et les outils de détection, de traitement et de diagnostic), elles ne parviennent pas à nourrir efficacement une sensibilisation à la dimension collective. Elles semblent au contraire davantage centrer les acteurs sur le trouble et l'individu. La littérature n'apporte pas d'informations suffisantes aujourd'hui pour parvenir à différencier les types de formations sur les RPS et leur impact sur l'action en santé au travail pour l'estimer plus justement et maîtriser ce risque d'amalgame. Le recensement des pratiques de formations sur les RPS et la santé au travail est pour certitude une piste de recherche à investir.

- 47 Mais ce paradoxe ouvre néanmoins vers d'autres questionnements sur les liens de compatibilité entre les modèles d'intervention axés sur les risques à éviter et ceux axés sur la construction de la santé au travail, mais également sur l'intérêt des formations elles-mêmes qui semblent tendre à enfermer les acteurs dans une vision pathogène du travail et dans une lecture centrée sur le symptôme.
- 48 Ce résultat semble souligner encore une fois l'importance de mettre au cœur de l'intervention l'activité de travail. Cru (2014) nous parle des deux rênes de l'intervention qu'il faut s'efforcer de tenir :
- « Aucune proposition de prévention pérenne ne peut être délivrée de l'extérieur [...] ; l'autre rêne, placer le travail au cœur de la démarche, le travail concret, ses variations, les relations de travail, les jeux, la gestion, l'organisation... » (p. 11-12).
- 49 C'est dans tout ce savoir-faire professionnel que l'intervenant cultive son métier. On voit ici la limite de la conception usuelle de la prévention qui segmente la réalité, qui classe les risques et qui n'est pas tenable, ni pour la prévention, ni pour le travail, ni pour la santé (*ibid.*).

## 4.2 L'impasse des approches par le risque

- 50 Nous pouvons alors parler du risque de la centration sur le risque. Le risque de réduire les possibilités de construire une action qui développe les ressources psychosociales. En effet, les modèles dominants, issus de l'épidémiologie et du stress, participent à centrer les acteurs sur les problèmes d'altération et le risque (Lhuillier et Litim, 2009), sans tenir compte du rôle que tient le travail dans la construction de la santé. La centration sur le risque, provoquée par la formation, pourrait hypothétiquement freiner, voire empêcher la réflexion sur les ressources. Cette recherche nous permet une nouvelle fois de souligner que la connaissance du risque n'est pas (toujours) une voie prometteuse pour développer les ressources (Rouat, 2010).

- 51 Plusieurs auteurs soulignent, par exemple, que les méthodes d'intervention en prévention des RPS restent souvent éloignées des problématiques du travail réel. Le recours à la notion même de risque est insuffisante pour développer la santé (Clot, 2010, 2014). Si l'ancrage des modèles d'intervention dans le paradigme du stress semble à première vue opérant, il est une forme de simplification des enjeux psychiques du travail. La santé et la souffrance au travail recouvrent des processus conscients et inconscients, individuels et collectifs, que les situations de stress professionnel ne suffisent pas à définir et qui ne sauraient se faire connaître dans une logique linéaire, de l'organisation vers l'individu ou de l'individu vers l'organisation. C'est alors oublier qu'entre l'individu et l'organisation, il y a l'activité, la sienne propre et celle des autres, toutes habitées par des modes de régulations, des potentialités non réalisées qui agissent pourtant (Vygotski, 2003) et qui ne trouvent à se définir par un risque. Et c'est oublier qu'il existe des ressources que la connaissance du risque ne suffit pas à développer.

### 4.3 Limites de la recherche et apports

- 52 Malgré l'intérêt de ces résultats sur un domaine de recherche en développement, celui de l'évaluation des effets des interventions, cette recherche comporte des limites qu'il faut souligner. Tout d'abord, les plans d'action étudiés ici sont associés à des diagnostics préalablement réalisés. Les préconisations ensuite élaborées par les acteurs sont alors influencées par les résultats de ces diagnostics qui viennent souligner des facteurs de risques, identifier divers problèmes dans les situations de travail. Nous nous sommes efforcée de choisir des entreprises qui avaient toutes une demande de démarche de prévention primaire afin de permettre la comparaison entre les entreprises où il y a eu formation avec celle où il n'y a pas eu de formation. Chaque entreprise a toujours un contexte particulier et ici nous nous confrontons à une limite. Certaines interventions se sont par exemple réalisées dans des contextes où les tensions étaient fortes, cela, qu'il y ait une formation ou pas d'ailleurs. Toutefois, nous nous sommes assurée que la façon d'intervenir a été suffisamment homogène pour ne pas introduire de biais (les objectifs de formation et le modèle d'intervention primaire étaient les mêmes).
- 53 Par ailleurs, l'effectif considéré peut paraître faible pour prétendre être représentatif de l'ensemble des plans d'action de prévention. Toutefois, il convient de souligner que ce faible échantillon est grand dans l'étendue des recherches sur la santé au travail qui se centrent plus sur l'étiologie des problèmes que sur l'action et ses effets. Cette recherche apporte également de la connaissance sur l'impact des actions de formation sur les RPS qui ne fait pas l'objet d'évaluation, mise à part l'évaluation de la satisfaction de la formation que les participants peuvent renseigner sur une grille à l'issue de la formation.
- 54 Cette recherche a donc l'intérêt d'apporter de la connaissance sur les actions de formation qui n'a pas fait l'objet d'évaluation concernant sa capacité à transformer les milieux professionnels. Il s'agit là pourtant d'un enjeu considérable. Si les interventions se multiplient dans les organisations, il est essentiel de produire des connaissances plus solides pour déterminer les facteurs d'efficacité des interventions. Ce manque d'évidences scientifiques peut constituer un obstacle à l'action dans le champ de la santé au travail. Cette recherche va à rebours de ce qui semble faire consensus et pose cette question : faut-il nécessairement connaître pour transformer ? Cet intérêt de recherche rejoint pleinement les conclusions du Plan Santé Travail 2017<sup>9</sup> qui relève l'énigme relative à l'action en santé au travail paradoxalement à l'état de la connaissance existante

## 5. Conclusion

- 55 Cet article nous éclaire sur la formation diffusée en santé au travail et plus particulièrement celle qui cible la prévention des RPS puisque tel a été notre objet de recherche ici. Il interroge l'influence que peut avoir la formation en tant qu'instrument pour l'intervention. Alors, quelle autre alternative pouvons-nous envisager pour la santé au travail ?
- 56 L'intervention en santé au travail a, selon nous, à gagner à s'inscrire de manière plus marquée dans les approches en clinique de l'activité qui prend comme centre de gravité principal l'activité de travail. Cette recherche vient donc interroger la fonction du savoir que les experts diffusent dans les organisations. Il faut sans doute rompre avec l'idée que les acteurs ont d'abord besoin de connaissances nouvelles pour agir (Cru, 2014). L'objectif est que
- « chacun des participants entre à son rythme dans une démarche de subjectivation, par la prise de parole, le courage de risquer une parole un peu vraie sur le travail et ses entours » (p. 21).
- 57 Enfin, il ne faudrait pas trop rapidement opposer les interventions axées sur les RPS et les interventions axées sur les ressources psychosociales. La prévention des RPS peut d'ailleurs passer par le développement des ressources psychosociales et plusieurs interventions l'ont montré (Clot, 2010 ; Clot et Gollac, 2014 ; Rouat et Sarnin, 2013 ; Sarnin et coll., 2011). Ce développement repose sur l'instauration d'une confrontation assumée entre les protagonistes ou sur la capacité de l'intervention à instaurer les conditions d'une délibération élargie et la plus durable possible sur les situations concrètes de travail et les critères de la qualité du travail (Clot et Simonet, 2015). Expérimenter d'autres possibilités d'agir et d'interagir avec les collectifs pour que les acteurs développent une nouvelle façon de prévenir les RPS. Les ressources psychosociales peuvent naître dans les possibilités nouvelles offertes pour penser et agir sur et dans l'activité, et cela à différents niveaux de l'entreprise.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Anderzen, I., Arnetz, B.B. (2005). The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 7, 671-682.
- Bergerman, L., Corabian, P., et Harstall, C. (2009). *Effectiveness of organizational interventions for the prevention of occupational stress*. Institute of Health Economics. Edmonton AB Canada, Report January, 77 p.
- Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M.-E., Chabot, S., Lefebvre, R., Ivers, H., Vézina, M., Fournier, P.-S., Gilbert-Ouimet, M., et Brisson, C. (2016). *Conditions facilitant l'appropriation de*

démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires, Études et recherches, Rapport R-921, IRSST, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 104 p.

Bond, F.W., et Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work organization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 4, 290-302.

Brun, J.-P., Biron, C., et Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. IRSST.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., et Gaudet, B. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational & Environmental Medicine*, 63, 335-342.

Caroly, S. (2002). Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail. *PISTES*, 4, 1, 1-24.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle. *Le journal de l'école de Paris du management*, 1(105), 9-16.

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *PISTES*, 2, 1, 1-10.

Clot, Y., et Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable ?* Paris : Armand Colin.

Clot, Y., et Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*, 1 78, 31-52.

Combalbert, N., Favard, A.M., et Bardouil-Lemaire, N. (2008). Évolution de l'offre de service en matière d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux au travail. *Santé publique*, 20, 129-136.

Cooper, C.L., Linkkonen, P., et Cartwright, S. (1996). *Assessing the benefits of stress prevention at company level*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin.

Cooper, C. L., et Cartwright S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 1, 7-16.

Courtemanche, H., et Bélanger, H. (2000). Les programmes d'aide aux employés : passé, présent et futur. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 3, 357-384.

Cru, D. (2014). *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*. Toulouse : Érès.

Dahl-Jorgensen, C., et Saksvik, P.O. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*, 35, 529-549.

Daniellou, F. (1996). Introduction. Questions épistémologiques autour de l'ergonomie. In F. Daniellou (Eds), *L'ergonomie en quête de ses principes* (p. 1-17). Toulouse : Octarès.

Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) (2014). *Référentiels de formation portant sur la prévention des RPS dans la fonction publique*. Outils de la GRH. [www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/...de.../RPS-Referentiels-2014.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/...de.../RPS-Referentiels-2014.pdf)

Eklof, M. et Hagberg, M. (2006). Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health ? *Applied Ergonomics*, 37, 2, 201-210.

- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B., et Cooper, C. L. (2003). The UK perspective : A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38(2), 158-164.
- Gilbert-Ouimet, M., Brisson, C., Vézina, M., Trudel, L., Bourbonnais, R., Masse, B., Baril-Gingras, G., et Dionne, D. (2011). An Intervention Study on Psychosocial Work Factors and Mental Health and Musculoskeletal Outcomes. *Healthcare Papers*, 11 (Special Issue), 47-66.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., et Kerguelen, A. (2001). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Lyon : ANACT.
- Hansez, I., Bertrand, F., et Barbier, M. (2009). Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges : facteurs bloquants et facteurs stimulants. *Le travail humain*, 72, 2, 127-153.
- Hansez, I., et de Keyser, V. (2007). Du diagnostic des risques psychosociaux à la gestion organisationnelle du stress. In M. Neboit, et M. Vézina, *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès, p. 189-206.
- Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loisel, O., Morin, A. (2006). *Organizational Interventions and Mental Health in the Workplace : A Synthesis of International Approaches*. IRSST, Report R-480, Montréal, Canada, 56 p.
- Hepburn, A., et Brown, S. D. (2001). Teacher stress and the management of accountability. *Human Relations*, 54, 6, 691-715.
- INRS et Assurance maladie (2013). *Dispositif de formation « s'initier à la prévention des RPS »*. [www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/document-reference-rps/document-reference-rps.pdf](http://www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/document-reference-rps/document-reference-rps.pdf)
- Journoud, S., et Pezé, S. (2012). La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie ? *La Revue des Sciences de Gestion*, 1, 253, 51-59.
- Kelloway, E.K., et Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work & Stress*, 24, 3, 260-279.
- Kompier, M., et Cooper, C. L. (1999). *Preventing stress, improving productivity : European Case studies in the workplace*. London : Routledge.
- Kompier, M., et Kristensen, T. S. (2005). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the workplace : Past, present and future* (p. 164-191).
- Lachmann, H., Larose, C., Penicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. Rapport fait à la demande du premier ministre.
- Leka, S., et Cox, T. (2008). *The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF)*. Nottingham, I-WHO Publications, 184 p.
- Lhuillier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences sociales et santé*, 2, 28, 31-63.
- Lhuillier, D. et Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 2, 58, 85-96.
- Litim, M., Zittoun, M., et Briec, C. (2012). L'intervention au-delà de l'expertise CHSCT : entre action et instrument d'action. *Bulletin de psychologie*, 519, 3, 227-237.
- Logan, M.S., et Ganster, D.C. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, 31, 1, 90-107.

- Loriol, M., Boussard, V., et Caroly, S. (2006). La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 165, 106-113.
- Miossec, Y., et Clot, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux au travail : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Le travail humain*, 74, 341-363.
- Molinier, P. (2006). Les enjeux psychiques du travail. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Murphy, L. R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In Cooper et coll. (eds), *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester : Wiley.
- Murphy, L. R., et Sauter, S. L. (2003). The USA perspective : Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, 38, 2, 151-157.
- Nielsen, M.L. (2002). Intervention project on absence and wellbeing (IPAW)–Denmark. In European Agency for Safety and Health at Work (eds.), *How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress, Systems and Programmes*, chap. 3.5, p. 52-58.
- Rouat, S. (2010). *Les processus individuels et organisationnels de construction de la santé au travail : prévention de la santé mentale au travail et analyse de dispositifs organisationnels*. Thèse de doctorat en psychologie, Université Lyon 2.
- Rouat, S., et Sarnin, P. (2013). Prévention des risques psychosociaux au travail et dynamique de maturation : le processus d'intervention comme opérateur de la transformation et du développement de la coopération. *@ctivités*, 10, 1, 58-72.
- Rouat, S., Troyano, V., Cuvillier, B., Bobillier-Chaumon, M.-E., et Sarnin, P. (2017). Comprendre les ressorts des pratiques organisationnelles en matière de prévention des risques psychosociaux par les acteurs de l'entreprise. Une recherche dans l'industrie de la chimie. *PISTES*, 19, 2, 1-34.
- Roy, M., Cadieux, J., Fortier, L., et Leclerc, L. (2008). *Validation d'un outil d'autodiagnostic et d'un modèle de progression de la mesure en santé et sécurité au travail*. Rapport de recherche R-584, IRSST, Montréal, Québec, Canada.
- Ryan, P.R., Hill, M., Anczewska, P., Hardy, A., Kurek, K., Nielson, K., et coll. (2005). Team-based occupational stress reduction : a european overview from the perspective of the OSCAR Project. *International Review of Psychiatry*, 17, 5, 401-408.
- Sarnin, P., Caroly, S., et Douillet, P. (2011). Contre les « risques » psychosociaux, quel débat sur l'activité ? *Le travail humain*, 4, 74, 309-320.
- Semmer, N.K. (2011). Job stress interventions and organization of work. In J. C. Quick, et L. E. Tetrick (Eds.). *Handbook of occupational health psychology* (2nd ed., p. 299-318). Washington, DC : American Psychological Association.
- St-Arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P., et Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *PISTES*, 12, 3, 1-18.
- Stavroula, L., et Cox, T. (2008). *The European framework for psychosocial risk management* (PRIMA-EF). Nottingham, I-WHO Publications, 184 p.
- van Der Klink, J.J.L., Blonk, W.W.B., Schene, A.H., et Van Dijk, F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 2, 270-276.
- Vézina, M. (2007). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In M. Neboit, et M. Vézina (dir.), *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès, p. 111-118.

Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., et Trudel, L. (2006). Définir les risques. Note de recherche : sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3, 163, 32-38.

Vygotski, L. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. Paris : la Dispute.

## NOTES

1. Il faut noter en effet que l'auteure est enseignante-chercheuse en psychologie du travail et qu'elle avait avant cela réalisé une thèse de doctorat dans le cadre d'une convention CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la Recherche en Entreprise) et que, dans ce contexte-là, elle était également intervenante dans le champ de la prévention des risques psychosociaux. Elle a ainsi connu de nombreuses occasions d'interventions organisationnelles. Les données présentées dans cet article sont tirées d'interventions conduites dans la structure en question.
2. Autorité compétente au Royaume-Uni en matière d'inspection du travail dans les domaines de la santé et sécurité au travail.
3. Bureau international du travail
4. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
5. Communauté économique européenne
6. Institut national de recherche et de sécurité
7. Protégeons la santé mentale au travail
8. Il faut préciser que nous regarderons les ressources psychosociales au prisme de la clinique de l'activité. Elle peut ne pas englober suffisamment d'autres ressources étudiées par ailleurs dans la littérature (Antonovsky, 1997 ; Bandura, 2003 ; Cyrulnik, 2002 ; Demerouti et coll., 2001 ; Hobfoll, 1989, 2001 ; Kobasa, 1982 ; Lazarus et Folkman, 1984).
9. Émane du ministère du Travail en France, et plus particulièrement du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et constitue la feuille de route du gouvernement en matière de santé au travail pour la période donnée.

---

## RÉSUMÉS

Cet article se propose d'alimenter la réflexion sur l'intervention dans le champ de la santé au travail. Dans cette recherche, nous nous sommes plus particulièrement centrée sur la capacité d'une action de formation sur la prévention des risques psychosociaux au travail (RPS) à développer des ressources psychosociales nouvelles dans les organisations. Les résultats sont issus de l'analyse de 14 plans d'action et comparent le niveau d'importance des ressources élaborées selon qu'il y ait eu ou pas une formation des acteurs impliqués en amont de la démarche de prévention primaire. L'analyse des résultats montre que, paradoxalement, la formation a tendance à centrer l'action des acteurs sur des réponses individuelles.

This article contributes to our knowledge about interventions in occupational health and safety. In this study, we asked how training in psycho-social risk prevention can help in the development of new psycho-social resources in organizations. The results are based on the analysis of 14 action plans and compare the degree of the psycho-social resources provided



according to whether or not the actors had received PSR training before the primary prevention initiatives. The results analysis showed that, paradoxically, training tended to focus the actors' initiatives on individual rather than on collective responses.

## INDEX

**Keywords :** psycho-social risks, occupational health and safety, training, psycho-social resources

## AUTEUR

**SABRINA ROUAT**

Département de psychologie sociale et du travail, Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS, E.A.4163), Institut de psychologie - Université Lyon 2, 5, avenue Mendès France - F-69676 BRON cedex, s.rouat@univ-lyon2.fr